

O que fazer ao receber uma criança inconsciente ou com rebaixamento do nível de consciência

Os primeiros minutos — responsividade, ajuda, ABCDE, glicemia capilar, AVDN e Glasgow pediátrico, pupilas, herniação, causas a pensar, doses iniciais, quando não puncionar e como encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Rebaixamento do nível de consciência é **emergência neurológica**: a criança que só responde à voz, à dor ou não responde (V, D ou N no **AVDN**), ou tem **Glasgow ≤ 14** , precisa de abordagem rápida e ordenada (RCPCH; MS, SAMU 192). Primeiro, **checar responsividade e respiração e chamar ajuda** (SAMU 192); sem respiração eficaz ou sem pulso, **PALS do site**. Se respira, **ABCDE**: via aérea, **oxigênio para SpO2 94–98%**, acesso venoso ou intraósseo e — **não esqueça a glicose** — **glicemia capilar na hora**, com **glicose IV 0,5–1 g/kg** a partir de 1 mês (RN: SG 10% 2 mL/kg). Depois, AVDN ou Glasgow pediátrico, pupilas, pele e temperatura. **Posição lateral de segurança** se respira e não há trauma; com trauma, **estabilização da coluna**. Tratar já o que é tratável: **naloxona** se miose e bradipneia, **benzodiazepínico** se convulsiona há ≥ 5 min, **ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g)** se febre com púrpura, **salina 3%** se sinais de herniação. Quase toda criança rebaixada é  e vai ao **pronto-socorro pelo SAMU 192**; só o episódio breve, já resolvido, de causa benigna clara e com a criança de volta ao normal segue para casa pelo documento próprio.

1. O que é e como se apresenta

O rebaixamento vai da **sonolência ao coma** (SEUP-AEP 2024) e se descreve pela **resposta ao estímulo** (AVDN ou Glasgow) e pela evolução. No lactente, os equivalentes são **hipoatividade, recusa alimentar, choro fraco, olhar vago e hipotonia**; a pergunta aos pais "ele está como sempre?" é sensível. Pupilas simétricas e reativas sugerem causa **metabólica ou tóxica**; pupila dilatada e fixa de um lado ou sinal focal, causa **estrutural** (SEUP-AEP 2024).

Causas a pensar — AEIOU-TIPS adaptado à criança (Avner, Pediatrics in Review 2006; SEUP-AEP 2024; RCPCH):

LETRA	CAUSAS	PISTA
A	Álcool e drogas; abuso (maus-tratos)	Adolescente; lactente sem história compatível
E	Epilepsia (pós-ictal, estado de mal, estado de mal não convulsivo); eletrólitos (sódio, cálcio); encefalopatia hipertensiva; cetoacidose , insuficiência adrenal	Piscar ou desvio ocular rítmico; Kussmaul; PA alta
I	Insulina/hipoglicemia; invaginação intestinal	Glicemia; lactente letárgico e pálido, mesmo sem cólica, fezes em "geleia"
O	Opioides e overdoses; oxigênio (hipóxia, monóxido de carbono)	Miose puntiforme e bradipneia; vários doentes na casa
U	Uremia (SHU); erros inatos (hiperamonemia, acidose)	Oligúria após diarreia; piora com jejum, morte inexplicada na família
T	Trauma, inclusive não acidental ; temperatura; tumor	Equimoses, fontanela tensa
I	Infecção do SNC e sepse	Febre, púrpura, rigidez de nuca
P	Intoxicação; psicogênico (só por exclusão)	Medicamentos em casa, toxíndrome
S	Choque ; AVC; lesão expansiva; disfunção de derivação (shunt)	Enchimento > 2 s; déficit focal; válvula

No **lactente**, predominam infecção, trauma não acidental, distúrbios metabólicos, invaginação e erros inatos; no **adolescente**, intoxicação intencional, álcool e drogas, trauma e cetoacidose (Avner 2006).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Perda de consciência breve e já resolvida , com diagnóstico benigno claro (síncope vasovagal típica; perda de fôlego típica a partir de 6 meses), criança de volta ao normal , exame, sinais vitais e glicemia normais	Seguir o documento específico (Síncope), com orientação por escrito e retorno programado
● Moderada	Criança já alerta , com causa a esclarecer: hipoglicemia corrigida que se mantém com a alimentação; pós-ictal que volta ao basal em até 1 hora; ingestão potencialmente tóxica sem sintomas	Observação em serviço de urgência com AVDN ou Glasgow seriado e investigação dirigida; não liberar do consultório
● Grave	V, D ou N no AVDN ou Glasgow ≤ 14 persistente, ou queda de 2 pontos; rebaixamento flutuante; sinais de herniação ; convulsão ≥ 5 min ou pós-ictal sem recuperação em 1 hora; SpO ₂ < 92%; choque ; febre com púrpura ou sinais meníngeos; hipoglicemia com alteração de consciência; suspeita de intoxicação , cetoacidose ou trauma , inclusive não acidental	Pronto-socorro/hospital pelo SAMU 192 : ABCDE, oxigênio para SpO ₂ 94–98%, acesso, glicose, causa tratável e transporte monitorado (ver "Como encaminhar")

● **Sinais de hipertensão intracraniana e herniação iminente** (SBP 2017; RCPCH): **pupila assimétrica, dilatada ou fixa; queda de 2 ou mais pontos no Glasgow; tríade de Cushing** (hipertensão, bradicardia, respiração irregular — tardia); **decorticação ou descerebração**; no lactente, **fontanela tensa**, vômitos, irritabilidade ou apatia. Detalhes em **Hipertensão intracraniana e sinais de herniação na criança** (nesta área).

Fatores que elevam a gravidade: idade < 1 ano; história incompatível; derivação ventricular; imunodepressão; diabetes, epilepsia ou erro inato; medicamentos de alto risco em casa; ingestão intencional.

3. Diagnóstico no consultório

Os primeiros minutos — avaliar e tratar ao mesmo tempo:

1. **Responsividade:** chamar pelo nome, tocar o ombro. Não responde: **pedir ajuda e acionar o SAMU 192**.
2. **Respira?** Até 10 s. Não respira ou só *gasping*: pulso central; sem pulso ou FC < 60 bpm com má perfusão, **RCP pelo PALS do site** (MS, APed21; AHA/AAP 2025).
3. **Respira — ABCDE** (MS, APed21; Fiocruz/IFF 2024):
 - **A:** abrir a via aérea (**tração da mandíbula se trauma**) e aspirar.

- **B:** FR, padrão, SpO₂; **oxigênio para SpO₂ 94–98%**; bolsa-válvula-máscara se a respiração for insuficiente.
- **C:** FC, pulsos, enchimento capilar, PA; **acesso venoso ou intraósseo**.
- **D:** AVDN ou Glasgow, pupilas, postura e **glicemia capilar** — **não esqueça a glicose** (RCPCH: em 15 min; SEUP-AEP: no 1º bloco de sinais vitais).
- **E:** despir; temperatura; **púrpura**; equimoses de padrão suspeito; odores, bomba de insulina, válvula.

4. **Posição:** respira e **sem suspeita de trauma** → **posição lateral de segurança; com trauma ou mecanismo desconhecido** → coluna estabilizada em posição neutra e, se vomitar, lateralização em bloco.

AVDN: **A** alerta; **V** responde à voz; **D** responde só à dor; **N** não responde. V, D ou N já é rebaixamento; **D ou N corresponde, em geral, a Glasgow ≤ 8** (RCPCH).

Glasgow com a versão verbal para lactente (< 2 anos — SBP 2017):

COMPONENTE	CRIANÇA MAIOR	LACTENTE (< 2 ANOS)
Ocular (1–4)	Espontânea 4, ao comando 3, à dor 2, nenhuma 1	Igual
Verbal (1–5)	Orientado 5, confuso 4, palavras inapropriadas 3, sons 2, nenhuma 1	Balbucio 5, choro irritado 4, choro à dor 3, gemido à dor 2, nenhuma 1
Motora (1–6)	Obedece 6, localiza 5, retirada 4, decorticação 3, descerebração 2, nenhuma 1	Espontânea 6, retirada ao toque 5, retirada à dor 4, flexão anormal 3, extensão 2, nenhuma 1

Registrar cada componente e repetir (RCPCH: a cada 15 min se Glasgow ≤ 12).

Pupilas: **miose puntiforme** — opioides, clonidina, organofosforados; **midríase** — anticolinérgicos, simpatomiméticos, hipóxia grave; **assimetria com pupila dilatada e fixa** — herniação até prova em contrário (SEUP-AEP 2024).

História (SAMPLE): início; febre, vômitos, convulsão, trauma; medicamentos da casa; doenças prévias; jejum; mortes inexplicadas de lactentes na família. **Sem história clara, considerar trauma não acidental** (RCPCH; **Lesão não acidental no pronto-socorro — trauma abusivo, TCE abusivo e quando suspeitar de maus-tratos**).

Estado de mal: crise ≥ 5 min (definição operacional da ILAE 2015: após 5 min a crise raramente cede sozinha — Shinnar 2001; risco de lesão neuronal a partir de 30 min). **Não convulsivo:** não acorda após a crise, com piscar rítmico, desvio ocular ou automatismos — EEG no serviço (**Protocolo de Estado de Mal Convulsivo**). Pós-ictal sem recuperação em 1 hora pede investigação (RCPCH).

Exames no serviço, sem atrasar o tratamento: gasometria venosa com lactato, eletrólitos com cálcio, função renal e hepática, **amônia**, hemograma, PCR, hemocultura, cetonemia, urina

guardada (toxicologia), ECG (RCPCH; SEUP-AEP 2024). Hipoglicemia sem causa conhecida: **amostra crítica antes de corrigir**, se não atrasar (**Hipoglicemia na criança**). **TC de crânio** após estabilizar: trauma, sinais de HIC ou focais, coma sem causa; **TC normal não exclui HIC** (RCPCH).

Diferencial que não pode passar: além das causas da tabela, a hiperamonemia dos erros inatos (**Emergências metabólicas e erros inatos do metabolismo na emergência**).

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** reconhece, estabiliza, trata as causas reversíveis e aciona o SAMU 192; imagem, punção e UTI são do serviço de referência.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Oxigênio	Máscara não reinalante, titular	Contínuo	Até estabilizar	SpO2 94–98% (padrão do site; MS, APed21: O2 se < 94%; AHA/AAP 2025: 94–99%)
Glicose IV (a partir de 1 mês)	0,5–1 g/kg = SG 25% 2–4 mL/kg ou SG 10% 5–10 mL/kg	Glicemia em 10–15 min; repetir se < 60 mg/dL	Depois, SG 10% contínuo	MS, SAMU 192; Hipoglicemia na criança. RN: SG 10% 2 mL/kg
Glucagon IM (sem acesso)	0,5 mg se < 25 kg; 1 mg se ≥ 25 kg	Dose única	—	ISPAD (Hipoglicemia na criança)
Naloxona (miose, bradipneia)	0,1 mg/kg IV, IO, IM ou IN (máx. inicial 2 mg)	Repetir em 2–3 min	Observar ≥ 2–4 h após a última dose	SBTox/CIATox 2025 (Intoxicações exógenas agudas na criança); ventilar antes
Midazolam (crise ≥ 5 min)	IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme o protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo
Diazepam (crise ≥ 5 min)	IV/IO 0,2–0,3 mg/kg (máx. 10 mg); retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme o protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo
Ceftriaxona (febre com púrpura, suspeita de meningite)	100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g)	1ª dose	Manutenção no hospital	Padrão do site (Meningites); sem atrasar a remoção nem esperar exames
Salina 3% (sinais de herniação)	2 mL/kg IV em 10–15 min (máx. 100 mL)	Repetir conforme a resposta, com o serviço	—	Padrão do site; SEUP-AEP 2024: 2–6 mL/kg; cetoacidose: dose de Cetoacidose diabética
Cristaloide isotônico (choque)	10–20 mL/kg, reavaliando	Conforme a perfusão	—	PALS do site; Sepse e choque séptico

Herniação: cabeça na linha média, **cabeceira a 30°**, oxigenação, **normocapnia** (PaCO₂ 35–40 — PALS do site), evitar hipotensão e soro hipotônico; intubação se Glasgow ≤ 8 ou HIC (SBP 2017); **hiperventilação leve só como ponte** (SBP 2017); manitol 0,25–1 g/kg no serviço (SBP 2017). Não esperar a TC para tratar.

Causas específicas: hiponatremia sintomática — salina 3% 2 mL/kg em 10–15 min (máx. 100 mL), até 3 vezes (padrão do site); cetoacidose — SF 0,9% 10–20 mL/kg, sem insulina no

consultório; intoxicação — 0800-722-6001; encefalite — aciclovir IV no hospital (**Encefalites**); erro inato — suspender proteína e SG 10%.

Quando NÃO fazer punção lombar (NICE NG240; RCPCH; SEUP-AEP 2024; **Meningites**): **choque** ou instabilidade; **sinais de HIC ou herniação**; **Glasgow ≤ 9 ou queda rápida da consciência** (RCPCH: ≤ 8); sinal ou crise focal; **pupilas anormais**; convulsão não controlada; **púrpura extensa**; coagulopatia ou plaquetas $< 50.000/\text{mm}^3$; infecção no local. **O antibiótico não espera punção nem tomografia.**

Não fazer: nada pela boca na criança sonolenta; flumazenil de rotina (provoca convulsões); sedar antes de avaliar; hiperventilação profilática.

Seguimento: após a alta, o pediatra revê causa, plano de crise e prevenção.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro/hospital (🔴) pelo SAMU 192, não em carro particular: **V, D ou N no AVDN**, **Glasgow ≤ 14 persistente ou queda de 2 pontos**, herniação, convulsão ≥ 5 min ou pós-ictal prolongado, choque, $\text{SpO}_2 < 92\%$, febre com púrpura, hipoglicemia com alteração de consciência, suspeita de intoxicação, cetoacidose, trauma ou maus-tratos, ou rebaixamento sem causa. Glasgow ≤ 8 , herniação, estado de mal e choque: **UTI pediátrica**; trauma: centro de trauma.

Como encaminhar:

1. **SAMU 192** (Regulação Médica) com idade, peso, AVDN ou Glasgow por componente, pupilas, sinais vitais, glicemia e condutas.
2. Via aérea pérvia, aspiração, **oxigênio para SpO_2 94–98%**; posição lateral se sem trauma, coluna estabilizada se trauma.
3. **Acesso venoso ou intraósseo, glicemia e glicose IV** na dose do site; cristalóide 10–20 mL/kg se choque.
4. Sem atrasar a remoção: naloxona; benzodiazepínico; **ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g)** se púrpura febril; **salina 3% 2 mL/kg em 10–15 min** se herniação.
5. Jejum; levar embalagens de medicamentos.
6. **Carta** com horários e doses; na suspeita de maus-tratos, registrar a história e fazer a **notificação obrigatória (compulsória)** e a comunicação ao Conselho Tutelar.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

Após episódio benigno ou após a alta, **voltar imediatamente ou chamar o SAMU 192** se houver:

- Sonolência difícil de despertar, confusão, olhar "desligado".
- Convulsão, movimentos estranhos repetidos, fraqueza de um lado, pupilas diferentes.
- Vômitos repetidos, dor de cabeça forte, moleira estufada, febre com manchas roxas.
- Respiração lenta ou irregular, lábios roxos.
- Bebê molinho, que não mama, ou cocô com sangue.

Prevenção: medicamentos trancados; salvar **0800-722-6001** (Disque-Intoxicação) e **192**; à espera do socorro, criança de lado se respira e não houve queda; **nada pela boca**.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Escala	Glasgow modificado < 2 anos (GPA TCE, abr/2017)	Glasgow e AVDN (SAMU APed21, 2016; IFF, mar/2024)	PALS AHA/AAP (out/2025)	RCPCH (2015, rev. 2019): Glasgow ≤ 14 ou V/P/U; modificado < 5 anos	AVPU; Glasgow se TCE (SEUP, fev/2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Glicemia	Avaliar e tratar (2017)	Precoce; glicose 0,5–1 g/kg	Dextrose empírica (Pediatr Rev 2006)	RCPCH: em 15 min; SG 10% 2 mL/kg	No 1º bloco de sinais vitais	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Via aérea	IOT se Glasgow ≤ 8 ou HIC	O2 se SatO2 < 94%; IOT se ≤ 8, não no pós-ictal	SpO2 94–99% (2025)	RCPCH: IOT se < 8 ou P/U	O2; IOT se necessário	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Punção e TC	Sem posição específica	Sem posição específica	Adiar PL se instável ou focal (2006)	NG240 (mar/2024): sem PL se Glasgow ≤ 9, focal, pupilas	PL só estável e sem HIC	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Herniação	Manitol; salina 3% contínua	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	RCPCH: cabeça 20°, normocapnia	Salina 3% 2–6 mL/kg em 15 min	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Empírico e encaminhamento	Serviço pediátrico de referência	Regulação do SAMU 192	Naloxona no algoritmo (2025)	Antibiótico antes da imagem	Antibiótico ± antiviral	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem na **estabilização pelo ABCDE antes do diagnóstico**, na **glicemia capilar precoce**, na **via aérea avançada com Glasgow ≤ 8** e no **antibiótico sem esperar punção nem imagem**. **Divergem** em: (1) **Glasgow modificado** — até 2 anos na SBP (2017), até 5 anos no RCPCH; (2) **glicose em bolus** — 0,5–1 g/kg no MS e no site, 0,2 g/kg (SG 10% 2 mL/kg) no RCPCH; (3) **salina 3% na herniação** — 2–6 mL/kg na SEUP-AEP (2024), só infusão contínua na SBP (2017), 2 mL/kg em 10–15 min no padrão do site; (4) **limiar para não punccionar** — Glasgow ≤ 9 no NICE NG240, ≤ 8 no RCPCH; (5) **pós-ictal** — para o MS, o rebaixamento pós-comicial transitório, mesmo com Glasgow < 8, não é indicação formal de intubação, salvo estado de mal. **Posição do site:** a da **SBP** (Glasgow modificado,

intubação, osmoterapia, hiperventilação só como ponte); onde ela não se posiciona, o **Ministério da Saúde** (SAMU 192: glicemia precoce, glicose 0,5–1 g/kg, regulação), com oxigênio para SpO₂ 94–98% (padrão do site); na punção lombar, o **NICE NG240**, como em **Meningites**.

PONTOS PRÁTICOS

1. Não responde: ajuda e SAMU 192; sem respiração ou pulso, PALS; respira, ABCDE com oxigênio para SpO₂ 94–98%.
2. Não esqueça a glicose: glicemia capilar em toda criança rebaixada; glicose IV 0,5–1 g/kg a partir de 1 mês (RN: SG 10% 2 mL/kg).
3. AVDN para triar e Glasgow por componente (verbal de lactente < 2 anos), repetido; D ou N $\approx$ Glasgow $\leq$ 8.
4. Pupila dilatada e fixa, queda de 2 pontos ou tríade de Cushing = herniação: cabeceira a 30°, oxigênio e salina 3% 2 mL/kg em 10–15 min.
5. Respira e sem trauma: posição lateral de segurança; no lactente sem história clara, pensar em trauma não acidental e invaginação.
6. Febre com púrpura: ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) sem atrasar a remoção; nunca punção na criança instável, com HIC ou Glasgow $\leq$ 9.

Veja também, nesta Biblioteca: **PALS**, **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo**, **Intoxicações exógenas agudas na criança**, **Trauma pediátrico — abordagem inicial do politrauma e do TCE moderado a grave**, **Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base na emergência pediátrica**, **Hipertensão intracraniana e sinais de herniação na criança**, **Emergências metabólicas e erros inatos do metabolismo na emergência** e **Lesão não acidental no pronto-socorro — trauma abusivo, TCE abusivo e quando suspeitar de maus-tratos** (nesta área); **Hipoglicemia na criança (fora do período neonatal)**, **Cetoacidose diabética**, **Meningites bacterianas e virais na criança** e **Encefalites agudas na criança — infecciosas e autoimunes**.

8. Fontes

- SBP, DC de Terapia Intensiva. Trauma Cranioencefálico (Guia Prático de Atualização nº 1), 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192 (APed21; APed25), 2014, revisão 2016. [PDF](#)
- Fiocruz/IFF. Abordagem inicial da criança na emergência, 2024. [PDF](#)

- AHA e AAP. Lasa JJ et al. Part 8 — Pediatric Advanced Life Support, 2025. Circulation, 2025. [PubMed](#)
- Avner JR. Altered States of Consciousness. Pediatrics in Review, 2006. [PDF](#)
- NICE. Meningitis (bacterial) and meningococcal disease (NG240), 2024. [nice.org.uk](#)
- RCPCH. Management of children and young people with an acute decrease in conscious level, 2015 (revisões 2016 e 2019). [rcpch.ac.uk](#); [PDF](#)
- SEUP-AEP. Azkunaga Santibañez B. Coma. Protocolos de Urgencias de Pediatría, 4ª ed., 2024. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.